



Consentimiento para Vigilancia de la Salud de Menores de Edad y/o Discapacitados

<p>D./Dña. _____, menor de edad, provisto de D.N.I. _____ representado por D./Dña. _____ en calidad de padre/madre o tutor legal provisto de D.N.I. _____, AUTORIZAMOS la realización del examen de salud de Vigilancia de la Salud con el único fin de contribuir a la protección de mi salud y a la prevención de riesgos laborales de mi empresa _____ en base a la condición de especial sensibilidad según recoge el artículo 27 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre.</p> <p>Se aporta la siguiente documentación (<i>indicar con X</i>):</p> <ul style="list-style-type: none">• Fotocopia de DNI acreditativo del solicitante:• Fotocopia del DNI acreditativo del representante legal:• Libro de Familia:• Otros:
<p>Y para que así conste firmo la presente autorización ena dede 202</p>

Firma del solicitante:

Firma del representante:

Instrucciones: deberá presentarse obligatoriamente fotocopia del DNI de ambos y el Libro de familia u otro documento oficial que acredite la situación de tutela. El consentimiento debe realizarse previamente al examen de salud de Vigilancia de la Salud de Preving,